介護保険　認定有効期間の半数以上の短期入所サービスを必要とする理由書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | 被保険者番号 | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  |  |
| 住所 | | | |  | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭  　　年 　月 　日 | | | | | | | | | | | 性別 | | 男・女 | | | |
| 介護度 | | 要支援 １・２　要介護 １・２・３・４・５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定期間 | | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（　　か月） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定期間日数 | | | | | 日 | | | | 認定有効期間の概ね半数 | | | | | | | | | | 日 | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所サービスの利用（予定）日数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日 | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間中の短期入所サービスの利用計画（実績及び予定含む） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 月 | | 月 | | | 月 | 月 | 月 | | 月 | | | 月 | 月 | | | 月 | | | | 月 | | | 月 | | | | | 月 | | |
| 日数 |  | |  | | |  |  |  | |  | | |  |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 累積 |  | |  | | |  |  |  | |  | | |  |  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | |
| 利用を必要とする理由（利用者の心身の状況などを記入して下さい。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  　菊川市長  　　　　　　事業所住所  　届出者　　居宅介護支援事業者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　担当介護支援専門員 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　　考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※概ね半数を超えると予想される月の前月２０日までに提出してください。